

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-137

Angioplastia Periférica

Rev. 01

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: _____

OBJETIVO

El presente documento ha sido confeccionado con el fin de brindar a nuestros pacientes los conocimientos necesarios del examen al cual serán sometidos.

La Angioplastia Periférica es un procedimiento empleado para tratar y resolver la presencia de la enfermedad vascular periférica. Esta enfermedad implica la existencia de obstrucciones en el sistema vascular periférico (riñón, carótida, aorta Abdominal, Iliaca y extremidad inferior, que impiden que la sangre acceda normalmente a dicha región, provocando dolor o inclusive una gangrena.

Es un tipo de tratamiento aplicable a pacientes que tienen lesiones obstructivas de las arterias que riegan (el aparato vascular periférico irriga órganos importantes y las extremidades), y que previamente han sido diagnosticadas mediante cateterismo vascular.

Permite reducir o suprimir las estrecheces existentes en las arterias, dilatándolas desde su interior mediante diversos procedimientos.

CARACTERÍSTICAS DE LA ANGIOPLASTIA PERIFERICA (En qué consiste)

Se realiza estando el paciente en ayunas, consciente aunque sedado, y acostado. Se le aplica anestesia local en la zona de punción (la ingle frecuentemente, o el brazo en algunos casos aislados), para que la exploración no resulte dolorosa. Ocasionalmente puede ser necesaria una pequeña incisión en la piel. Se introducen catéteres (tubos de plástico muy finos, largos y flexibles) a través de las arterias y venas de la zona, dirigiéndolos hasta el corazón mediante control por radioscopia (visión bajo rayos). Se recorre la arteria lesionada, llegando hasta donde está la obstrucción, con un alambre que sirve de guía. Allí se coloca un catéter muy fino provisto de un globo en la punta; al inflar éste a presión, se dilata la zona estrecha para mejorar el paso de la sangre a ese nivel. Esta maniobra puede repetirse. A veces es necesario utilizar otros catéteres diferentes que llevan en su extremo un mecanismo que corta y pule la placa dura que obstruye la arteria (aterectomía). En ocasiones es preciso colocar dentro de la luz arterial un tubo o una malla metálica expandible (prótesis Intravascular o stent) que soporte las paredes del vaso y mantenga abierta la arteria. La elección de cada técnica dependerá del tipo de lesión existente. Las inyecciones de medio de contraste después de los procedimientos permitirán comprobar sus resultados. Después de registrar todos los datos necesarios se retiran los catéteres utilizados. Si el procedimiento se efectuó a través de la pierna, se deja un pequeño introductor durante varias horas por seguridad; pasado ese tiempo sin complicaciones, se retirará también. Mientras transcurre la exploración se controla permanentemente los signos vitales. La duración del procedimiento es variable y una vez finalizado puede permanecer en la Unidad de Cuidados Intensivos o Intermedio, en reposo absoluto.

RIESGOS POTENCIALES DE LA ANGIOPLASTIA PERIFERICA

En general el riesgo de complicaciones importantes es bajo (menos del 5% de los Casos) aunque los riesgos de la Angioplastia dependen en gran medida de la situación clínica y del tipo de enfermedad vascular del paciente. Estas complicaciones pueden estar relacionadas con el tratamiento de las lesiones, necesidad de cirugía urgente en 1 por cada 100 casos y muerte en 1 por cada 100 casos), o con las medicaciones necesarias para realizar el procedimiento (anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios) que tienen riesgo de producir hemorragia que ocasionalmente puede llegar a ser grave.

El Stent (malla metálica intracoronaria) es una parte integral del tratamiento con Angioplastia e independientemente del motivo porque se implanta, se utiliza en la mitad de los procedimientos. La decisión de implantarlo o no, depende del Hemodinamista o Cirujano Vascular que lo interviene, quien lo utilizará, si se precisa, para solucionar una complicación o mejorar el resultado inmediato o a mediano plazo de la intervención. En la actualidad la implantación de uno o más Stents, no implica mayor riesgo o una estancia más prolongada, siendo el tratamiento médico solo ligeramente diferente.

El tratamiento de la oclusión aguda de la arteria durante el procedimiento es variable y puede ir desde el tratamiento médico (sólo con medicamentos), angioplastia repetida, la implantación de uno o varios Stents o inclusive la Cirugía urgente. Es así mismo conveniente que, además de los riesgos inmediatos derivados de la intervención, conozca Ud. los resultados, a medio plazo y en concreto la posibilidad de recurrencia de la enfermedad (re-estenosis) que oscila entre el 15-25 % de las lesiones tratadas.

En su actual estado clínico, los beneficios derivados de la realización de esta prueba superan los posibles riesgos. Por este motivo se le indica la conveniencia de que le sea practicada. Si aparecieran complicaciones, el personal médico y de enfermería que le atiende está capacitado y dispone de los medios para tratar de resolverla.

El riesgo de complicación es muy bajo, con una mortalidad menor a 0.2% y una incidencia de complicaciones inferior a 0,5% (trombosis, accidente cerebro vascular o hemorragia grave). De presentarse alguna de las anteriores, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

DENTRO DE LOS RIESGO PODEMOS MENCIONAR

1. Dolor y pequeño hematoma en el sitio de punción, que habitualmente no requiere ningún tratamiento.
2. Rara vez se producen trombosis, sangramientos o lesiones de la arteria en el sitio de punción que puede requerir de tratamiento médico y eventual cirugía. A veces las complicaciones vasculares pueden ser permanentes.
3. A veces se produce alergia al medio de contraste con enrojecimiento de la piel, picazón y vómitos los que mejoran solos o con ayuda de medicamentos antialérgicos.
4. En casos excepcionales, una reacción alérgica puede provocar problemas severos, y a veces shock y muerte del paciente. El medio de contraste, en situaciones poco frecuentes puede provocar daño a los riñones.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una intervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente. De cualquier forma, si le ocurriera una complicación, usted debe saber que todos los médicos y profesionales de éste Centro están disponibles para intentar solucionarla.

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-137

Angioplastia Periférica

Rev. 01

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Se utiliza como alternativa al tratamiento quirúrgico (by-pass coronario) o el uso exclusivo de medicamentos.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; **sin mencionar mi identidad.**

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones

DECLARO:

Que el/la Doctor/(a) _____ me ha explicado que es necesario proceder en mi situación a
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

una **Angioplastia Periférica.**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Angioplastia Periférica.**

en el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de . _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con una **Angioplastia Periférica** asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ **Firma del Médico** _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

REVOCACION:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de . _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y **AUTORIZO** a proseguir con el _____

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ **Firma del Médico** _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)